programa final

Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais

INFORMAÇÃO PARA UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA

III Conferência Nacional de Geografia e Cartografia

IV Conferência Nacional de Estatística

Reunião de Instituições Produtoras
Fórum de Usuários
Seminário "Desafios para Repensar o Trabalho"
Simpósio de Inovações
Jornada de Cursos
Mostra de Tecnologias de Informação

27 a 31 de maio de 1996
Rio de Janeiro, RJ BRASIL

Uma das maneiras de olhar o ofício de produzir informações sociais, econômicas e territoriais é como arte de descrever o mundo. Estatísticas e mapas transportam os fenômenos da realidade para escalas apropriadas à perspectiva de nossa visão humana e nos permitem pensar e agir à distância, construindo avenidas de mão dupla que juntam o mundo e suas imagens. Maior o poder de síntese dessas representações, combinando, com precisão, elementos dispersos e heterogêneos do cotidiano, maior o nosso conhecimento e a nossa capacidade de compreender e transformar a realidade.

Visto como arte, o ofício de produzir essas informações reflete a cultura de um País e de sua época, como essa cultura vê o mundo e o torna visível, redefinindo o que vê e o que há para se ver.

No cenário de contínua inovação tecnológica e mudança de culturas da sociedade contemporânea, as novas tecnologias de informação - reunindo computadores, telecomunicações e redes de informação - aceleram aquele movimento de mobilização do mundo real. Aumenta a velocidade da acumulação de informação e são ampliados seus requisitos de atualização, formato - mais flexível, personalizado e interativo - e, principalmente, de acessibilidade. A plataforma digital vem se consolidando como o meio mais simples, barato e poderoso para tratar a informação, tornando possíveis novos produtos e serviços e conquistando novos usuários.

Acreditamos ser o ambiente de conversa e controvérsia e de troca entre as diferentes disciplinas, nas mesas redondas e sessões temáticas das Conferências Nacionais de Geografia, Cartografia e Estatística e do Simpósio de Inovações, aquele que melhor enseja o aprimoramento do consenso sobre os fenômenos a serem mensurados para retratar a sociedade, a economia e o território nacional e sobre as prioridades e formatos das informações necessárias para o fortalecimento da cidadania, a definição de políticas públicas e a gestão político - administrativa do País, e para criar uma sociedade mais justa.

Simon Schwartzman
Coordenador Geral do ENCONTRO

Promoção

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBGE
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica
IBGE
Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABEP

Co-Promoção

Associação Brasileira de Estatística
ABE
Associação Brasileira de Estudos do Trabalho
ABET
Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ABRASCO
Associação Nacional de Centros de Pós-graduação em Economia
ANPEC
Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais
ANPOCS
Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia
ANPEGE
Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional
ANPUR
Sociedade Brasileira de Cartografia
SBC

Apoio

Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FIRJAN
Academia Brasileira de Letras
ABL
Conselho Nacional de Pesquisas
CNPq
Financiadora de Estudos e Projetos
FINEP
Revista Ciência Hoje

Institutos Regionais Associados

Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central
CODEPLAN (DF)
Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo S/A
EMPLASA (SP)
Empresa Municipal de Informática e Planejamento S/A
IPLANRIO (RJ)
Fundação Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro
CIDE (RJ)
Fundação de Economia e Estatística
FEE (RS)
Fundação de Planejamento Metropolitano e Regional
METROPLAN (RS)
Fundação Instituto de Planejamento do Ceará
IPLANCE (CE)
Fundação João Pinheiro
FJP (MG)
Fundação Joaquim Nabuco
FUNDAJ (PE)
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEADE (SP)
Instituto Ambiental do Paraná
IAP (PR)
Instituto de Geociências Aplicadas
IGA (MG)
Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis
IPEAD (MG)
Instituto do Desenvolvimento Econômico Social do Pará
IDESP (PA)
Instituto Geográfico e Cartográfico
IGC (SP)
Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento "Jones dos Santos Neves"
IJSN (ES)
Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPARDES (PR)
Processamento de Dados do Município de Belo Horizonte S/A
PRODABEL (MG)
Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SEI (BA)

Coordenação Geral

Simon Schwartzman

Comissões de Programa

Confege

César Ajara (IBGE)
Denizar Blitzkow (USP)
Jorge Marques (UFRJ)
Lia Osório Machado (UFRJ)
Mauro Pereira de Mello (IBGE)
Speridião Faissol (UERJ)
Trento Natali Filho (IBGE)

Confest

José A. M. de Carvalho (UFMG)
José Márcio Camargo (PUC)
Lenildo Fernandes Silva (IBGE)
Teresa Cristina N. Araújo (IBGE)
Vilmar Faria (CEBRAP)
Wilton Bussab (FGV)

Comissão Organizadora

Secretaria Executiva - Luisa Maria La Croix
Secretaria Geral - Luciana Kanham
Confege, Confest e Simpósio de Inovações
Anna Lucia Barreto de Freitas, Evangelina X.G. de Oliveira, Jaime Franklin Vidal Araújo, Lilibeth Cardozo R.Ferreira e Maria Letícia Duarte Warner
Jornada de Cursos - Carmen Feijó
Finanças - Marise Maria Ferreira
Comunicação Social - Micheline Christophe e Carlos Vieira
Programação Visual - Aldo Victorio Filho e Luiz Gonzaga C. dos Santos
Infra-Estrutura - Maria Helena Neves Pereira de Souza
Atendimento aos Participantes - Cristina Lins
Apoio
Andrea de Carvalho F. Rodrigues, Carlos Alberto dos Santos, Delfim Teixeira, Evilmerodac D. da Silva, Gilberto Scheid, Héctor O. Pravaz, Ivan P. Jordão Junior, José Augusto dos Santos, Julio da Silva, Katia V. Cavalcanti, Lecy Delfim, Maria Helena de M. Castro, Regina T. Fonseca, Rita de Cassia Ataualpa Silva e Taisa Sawczuk

Registramos ainda a colaboração de técnicos das diferentes áreas do IBGE, com seu trabalho, críticas e sugestões para a consolidação do projeto do ENCONTRO.

Acesso a Serviços de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo: universalização e reprodução de desigualdades sociais

Olavo Viana Costa
Doutorando em Sociologia. Analista de Projetos da Fundação Seade

Introdução

A Constituição brasileira define a saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, a ser garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Para atender a esses objetivos, supostamente conciliáveis, confere *relevância pública* às ações e serviços de saúde, inclusive àqueles executados por pessoa física ou jurídica de direito privado, atribuindo ao poder público competência para dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Além disso, prevê a integração das ações e serviços públicos no setor, de forma a constituir um sistema único, regionalizado e hierarquizado, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.(Brasil, 1988)

Regulamentado pela Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS reúne os órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público que atuam no setor, inclusive aqueles com responsabilidades nas áreas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos e equipamentos médico-hospitalares. Quanto à participação da iniciativa privada, a lei orgânica da saúde prevê que tenha caráter complementar e, como tal, esteja su-

jeita a contrato ou convênio regido pelas normas de direito público e estabelecido, preferencialmente, com as entidades filantrópicas e as instituições sem fins lucrativos.(Brasil, 1990)

Financiado com recursos da seguridade social - instância que integra o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos constitucionais relativos à saúde, à previdência e à assistência social -,(Brasil, 1988) o SUS tem por finalidade a prestação de serviços de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, devendo também desenvolver ações rotineiras de vigilância sanitária e epidemiológica. No desempenho dessas funções, as instituições próprias, conveniadas ou contratadas devem observar, entre outros, os princípios de: universalidade do acesso aos serviços, em todos os níveis de assistência; *integralidade* da assistência, com ações preventivas e curativas exigidas para cada caso; igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços e à sua utilização pela população; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados e dos municípios; ênfase na municipalização dos serviços e na sua organização segundo critérios de regionalização e hierarquização; e capacidade de resolução técnica dos serviços, em todos os níveis de assistência.(Brasil, 1990)

Não há dúvida de que princípios semelhantes, em sua grande maioria derivados das experiências de medicina comunitária surgidas na década de 60,(Donnangelo e Pereira, 1976) possam favorecer o cumprimento do dispositivo constitucional que prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O que se duvida é do fato de que tais princípios estejam sendo efetivamente observados e, mais do que isso, da possibilidade de que venham a ser observa-

dos a curto prazo. A primeira questão leva à conclusão de que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é um objetivo ainda longe de ser alcançado, enquanto a segunda generaliza tal conclusão e põe em questão a hipótese de que seja simplesmente inalcançável. Se for confirmada esta hipótese, está-se diante de uma escolha trágica, que contrapõe saúde e assistência médica, reduzindo o direito à saúde a uma única dimensão: o acesso, universal sim, mas dificilmente igualitário, a serviços médico-hospitalares.(Costa e Oliva-Augusto, 1996)

Objetivos

O presente estudo, desenvolvido pela Divisão de Estudos Especiais da Gerência de Análise Socioeconômica da Fundação Seade, tem por objetivo estabelecer critérios e medidas para aferir se, tal como previsto pela Constituição federal, o sistema de saúde da Região Metropolitana de São Paulo garante acesso universal e igualitário, independentemente dos atributos pessoais e da condição social dos usuários.

Além da fundamentação teórica, serão também apresentadas evidências empíricas obtidas a partir da Pesquisa de Condições de Vida - PCV, realizada entre os meses de maio e outubro de 1994, que levantou informações sobre disponibilidade e utilização de recursos para assistência médica junto a aproximadamente 4.000 domicílios. Explorando essas informações, procurar-se-á explicitar um modelo de análise que condiciona a universalização e igualização do acesso a serviços de saúde a exigências relacionadas à necessidade de atendimento, à facilidade de ser atendido e à satisfação dos usuários.

Fundamentação teórica

A universalização da assistência médica direta ou indiretamente financiada pelo Estado é a principal característica da *medicalização* em processo na sociedade contemporânea. Além de implicar uma progressiva ampliação do campo normativo da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e aos meios necessários para a sua obtenção,(Donnangelo e Pereira, 1976) a medicalização assim definida traduz o deslocamento das questões referentes à saúde para uma nova esfera pública, que permite avanços de outras classes e interesses sobre terrenos antes santuários sagrados da burguesia.(Oliveira, 1993) No interior desta nova esfera pública, reiterando a presença do Estado como instância necessária à *publicização* das classes sociais, o *fundo público* passa a ser o pressuposto não somente do financiamento da produção de serviços médico-hospitalares, mas também do financiamento de seu consumo por contingentes cada vez mais amplos da população.

Apesar de representar uma negação dos automatismos do mercado e de sua perversa tendência à concentração de riquezas e à exclusão social,(Oliveira, 1988) a universalização da assistência médica não resulta, ao menos necessariamente, em melhorias significativas nas condições de vida da população. Isto porque a ampliação das possibilidades de acesso àqueles serviços fez-se simultânea e concomitantemente com o abandono das práticas de saúde pública, através das quais se deu o controle sobre as doenças transmitidas pela água ou dependentes do saneamento básico do meio urbano, bem como daquelas que dependiam do controle sobre outras espécies vivas, participantes de sua cadeia de causação ou transmissão, sobretudo insetos e roedores.(Gonçalves, 1991)

A importância destas práticas advém do fato de terem possibilitado, durante todo o século 19 e parte do século 20, o controle epidemiológico e a assistência médica à população carente, fatores que influenciaram decisivamente a industrialização e a urbanização nos países desenvolvidos.(Foucault, 1979) A realização simultânea desses objetivos parece impossível, hoje em dia, ao menos quando se examinam as estatísticas oficiais para o setor, que mostram ter aumentado, nos últimos anos, tanto a prevalência de doenças facilmente evitáveis através de medidas preventivas quanto a incidência de doenças para as quais simplesmente não há tratamento ou existem apenas tratamentos custosos e pouco eficazes.(Banco Mundial, 1993)

Reside nesta incompatibilidade de objetivos historicamente conciliáveis a contradição básica que se observa, para o caso brasileiro, através da análise das iniciativas governamentais que precederam a consagração do direito à saúde. Desde o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS,(Brasil, 1976) passando pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE,(Brasil, 1980) pelo Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social - Plano do CONASP,(Brasil, 1982) pelas Ações Integradas de Saúde - AIS(Brasil, 1984) e pelos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS,(Brasil, 1987) registra-se um movimento de reforma sanitária que é marcado, ao mesmo tempo, pela ampliação da assistência médica da previdência social e pelo abandono das práticas de saúde pública.(Gonçalves, 1991)

A reconstituição e análise dessas experiências, *ex-post-factum*, permitem inferir que a *medicalização* em processo na sociedade brasileira contribui para a identificação entre assistência médica e saúde. O primeiro assume papel fundamental, quando deveria ser secun-

dário, pois gera uma demanda sempre crescente para serviços que apresentam custos de produção já bastante elevados, em razão da velocidade com que são incorporadas inovações resultantes da descoberta de novos medicamentos e da utilização cada vez mais intensiva de instrumentos e equipamentos auxiliares do diagnóstico e tratamento de doenças.(Oliva-Augusto, 1986)

A incorporação dessa tecnologia, no grau e com a amplitude registradas nas últimas décadas, responde pelo aumento quase exponencial dos gastos com assistência médica, problema que afeta indiscriminadamente os mais diferentes países, impondo limites à expansão da demanda direta ou indiretamente financiada pelo Estado. Se não for equacionado politicamente, tornará cada vez mais remota a possibilidade de efetivação do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, objetivo ainda longe de ser alcançado, mesmo nos países desenvolvidos.(Mishel e Bernstein, 1993)

No caso do Brasil, a situação agravou-se ainda mais na década de 90, à medida que a ampliação do déficit público restringiu as transferências intergovernamentais para o setor, aumentando a parcela do orçamento destinada ao pagamento de serviços contratados junto à iniciativa privada. O resultado, de conseqüências nefastas para os segmentos populacionais mais mal posicionados na escala social, é que a atuação do poder público neste campo permanece restrita ao momento da necessidade e da doença,(Cohn et alii, 1991) ainda assim como possibilidade de acesso a serviços que, embora universalizados, continuam se diferenciando enormemente quanto à forma como elegem clientelas, selecionam patologias e utilizam insumos tecnológicos disponíveis.(Donnangelo e Pereira, 1976)

A Pesquisa de Condições de Vida - PCV possibilita evidenciar algumas destas diferenças, que reproduzem e ampliam as desigualdades características da sociedade brasileira. Ao levantar informações sobre disponibilidade e utilização de recursos para assistência médica junto a aproximadamente 4.000 domicílios da Região Metropolitana de São Paulo, esta pesquisa partiu da hipótese de que os entrevistados poderiam ser diferenciados à medida que possuíssem recursos diversificados para assistência médica e deles fizessem uso, também de maneira diversificada, sempre que procurassem estabelecimentos de saúde.(Seade, 1992)

Encontra-se à base dessa hipótese a constatação de que a procura de atendimento é um ato de vontade individual, motivado pela percepção de uma necessidade a ser satisfeita e pelo reconhecimento da existência de meios eficazes para a sua satisfação. Dessa perspectiva, com exceção dos casos decorrentes de exigências legais ou de episódios mórbidos que ponham em risco a vida do paciente, os indivíduos somente se deslocam até um estabelecimento de saúde porque são portadores de queixas e reconhecem a eficácia da medicina como meio para a cura ou o controle de doenças.(Kohn e White, 1976)

É ambígua, porém, a noção de necessidade subjacente nessa argumentação, que não leva em conta as diferenças entre a queixa do paciente e o diagnóstico médico, facilmente resumidas na contraposição entre sentir-se doente e estar doente.(Souza, 1981) Ainda que a queixa do paciente seja explicitada como uma necessidade por satisfazer, apenas se afigura como tal após o diagnóstico médico, que possibilita não somente sua classificação como doença clinicamente manifesta, mas também a emissão de juízos sobre seu estágio atual, gravidade e evolução futura, características que praticamente determinam o grau de atenção que lhe será prestado.

Outro não é o papel da triagem médica, à qual se submete todo e qualquer paciente que se desloca até um estabelecimento de saúde, independentemente do motivo que o tenha levado a procurar atendimento. Cabe ao médico responsável separar e encaminhar para tratamento especializado os casos em que suspeitar da presença de sinais ou sintomas de doenças em estágio avançado, de alta gravidade ou com maiores riscos de incapacitação ou morte.

Estimativas disponíveis, utilizadas para justificar a organização dos serviços de saúde segundo níveis de complexidade crescente, sugerem que 80% dos casos de procura de atendimento poderiam ser resolvidos com ações de baixo custo e ampla eficácia, sem a realização de exames complementares que exigem a internação do paciente.(Banco Mundial, 1993) O problema que se coloca, em face dessa possibilidade de disciplinar a demanda por atendimento, é que o consumo de serviços médico-hospitalares não está diretamente vinculado a necessidades para as quais existam parâmetros ou critérios objetivos de satisfação.(Baudrillard, 1994)

Como decorrência, ainda que o diagnóstico médico acabe prevalecendo sobre a queixa do paciente e determine o grau de atenção que lhe será prestado, nada garante que o atendimento propriamente dito elimine a sensação de doença que motivou a procura.(Kohn e White, 1976) Uma vez que a queixa não eliminada segue percebida como uma necessidade por satisfazer, pode dar ensejo a novos casos de procura, como comprovam os depoimentos em que o *resolver* ou *dar certo* são manifestações positivas na avaliação que os usuários fazem do atendimento recebido nos serviços de saúde.(Cohn et alii, 1991)

Tais depoimentos tendem a ser paradigmáticos, chamando a atenção para aspectos que, embora recorrentes no imaginário popular, são pouco valorizados pelas autoridades

envolvidas no planejamento e na tomada de decisões para o setor. Além da gravidade do episódio que motiva a procura de atendimento, estão também presentes outros elementos discursivos - o *diagnóstico*, o *remédio* e a *cura* - que reiteram a percepção de que a saúde praticamente se transformou em sinônimo de assistência médica e, como tal, no resultado de procedimentos em que a realização de exames e a prescrição de medicamentos aparecem como componentes fundamentais, quando não obrigatórios.(Oliva-Augusto, 1992)

Chega-se à conclusão de que não há propriamente um conceito de necessidade de saúde, muito menos parâmetros que assegurem a sua completa satisfação. Prática corrente no planejamento setorial, o estabelecimento desses parâmetros - através da fixação de um número ideal de consultas, exames ou internações anuais por habitante - atende a exigências próprias de organização e funcionamento dos serviços de saúde. Têm em vista, sobretudo, o controle dos gastos com esse tipo de serviço, cuja demanda vem aumentando consideravelmente em face da ampliação das possibilidades de financiamento público para a sua produção e consumo.(Donnangelo e Pereira, 1976)

Uma das manifestações desse processo, já bem documentada na literatura sobre utilização de serviços de saúde, aponta para o fato de que mesmo a população de baixa renda somente deixa de procurar atendimento em casos sem gravidade aparente - dor de cabeça, gripe, febre, etc. - que, por serem mais freqüentes em seu cotidiano, julga saber *diagnosticar* e *prescrever* algum tipo de conduta terapêutica. Até as práticas de auto-medicação, neste e noutros segmentos sociais, tendem cada vez mais a se restringir à reutilização de medicamentos prescritos em tratamentos anteriores.(Cohn et alii, 1991)

Neste contexto, não surpreende que facilidade e dificuldade de acesso a serviços sejam noções referidas, não ao usufruto de um direito de cidadania, mas à localização dos estabelecimentos, à demora no atendimento e à insegurança de ser ou não atendido.(Cohn et alii, 1991) Apesar de gratuitos, os serviços públicos satisfazem apenas à primeira dessas exigências, relativa à localização dos estabelecimentos. Restrições orçamentárias, ausência de funcionários, falta de material, equipamentos defeituosos e outros problemas similares afetam a credibilidade de tais serviços perante os usuários, atualizando a percepção, ainda generalizada entre os segmentos mais bem posicionados na escala social, de que os serviços públicos de atenção à saúde se destinam exclusivamente à população carente, que não dispõe de outros recursos para aquele fim.

Não bastasse isso, há que se reconhecer que os estabelecimentos próprios, conveniados ou contratados pela seguridade social competem não somente com os estabelecimentos ligados à medicina privada, mas também, e sobretudo, com aqueles pertencentes ou credenciados por empresas de medicina de grupo. Do ponto de vista legal, isto significa que, embora a Constituição assegure assistência gratuita a todos os cidadãos, estes são livres para exercer o direito da opção e, portanto, para escolher o tipo de estabelecimento a que devem recorrer em casos de necessidade de atendimento. Na prática, porém, essa liberdade de escolha é limitada pela condição social dos indivíduos, da qual depende sua maior ou menor disponibilidade de recursos para assistência médica.

Aqueles que dispõem de recursos próprios, além de procurar os serviços públicos, podem também utilizar os serviços das medicinas de grupo ou privada. No primeiro caso, basta comprovar, junto aos estabelecimentos credenciados, sua condição de beneficiário de convênio ou plano de saúde que preveja explicitamente a cobertura do procedimento a que será

submetido. No segundo caso, é necessário depositar previamente uma determinada quantia, que é função não somente do tipo de procedimento, mas também do grau de complexidade tecnológica do estabelecimento e do nível de conforto de suas instalações internas.

Do exposto, pode-se inferir que a disponibilidade de recursos próprios para assistência médica, indicada pela posse de convênio ou plano de saúde ou pela utilização de serviços privados, constitui importante fator de estratificação social no Brasil. Transformada em hipótese de trabalho, esta inferência sugere a existência de padrões de acesso populacional ainda bastante diferenciados conforme a posição social dos usuários. Além de reduzir o alcance do dispositivo constitucional que consagra o direito à saúde, a eventual confirmação desta hipótese autorizaria a classificar, como parcialmente excluídos do sistema, os usuários que têm nos serviços públicos sua principal, se não única, possibilidade de atendimento.

Base de dados

A Pesquisa de Condições de Vida - PCV recolheu informações sobre disponibilidade e utilização de recursos para assistência médica junto aos moradores de aproximadamente 4.000 domicílios da Região Metropolitana de São Paulo. O registro dessas informações foi feito em questionário específico sobre Utilização de Serviços de Saúde, composto de dezoito perguntas, respondidas individualmente.

Os dados sobre disponibilidade de recursos para assistência médica foram coletados segundo o desenho esquemático reproduzido na Tabela 1. A questão classificatória, que condicionava a realização das demais, procurava saber se o entrevistado era beneficiário de convênio ou plano de saúde que lhe garantisse atendimento em casos de doença, acidente ou ferimen-

to. Havendo resposta afirmativa, questões subseqüentes visavam registrar o tipo de convênio e a condição de dependência dos beneficiários. Complementando essas informações, questões adicionais buscavam verificar se tal convênio assegurava cobertura simultânea para consultas, exames e internações.

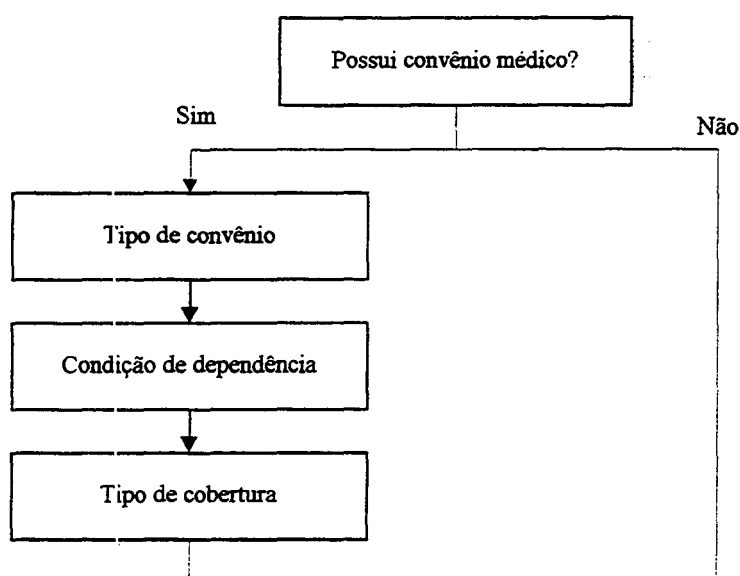
Tabela 1
Questões da PCV sobre disponibilidade de recursos para assistência médica

Note-se que foi considerado todo e qualquer convênio ou plano de saúde, independente da personalidade jurídica do prestador de serviços, de modo a abranger empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, instituições de seguro-saúde e planos de autogestão. Similaridades e diferenças entre as várias modalidades de convênio pesquisadas podem ser vistas na Tabela 2, que reproduz informações divulgadas por entidades médicas.

Tabela 2

Modalidades de convênio ou plano de saúde investigadas pela PCV

Modalidade	Principais Características
Medicina de Grupo	Os planos são custeados pelo sistema de pré-pagamento. Os serviços são prestados tanto a pessoas físicas quanto a pessoas jurídicas. Os beneficiários podem optar por médicos, hospitais e laboratórios próprios ou credenciados pela empresa.
Seguro-Saúde	Há livre escolha de médicos e hospitais. Os segurados recebem o valor das despesas por reembolso, observados os tetos e as franquias correspondentes. Em alguns casos, não há cobertura para consultas ou exames, só para internações. As despesas devem ser reembolsadas em até trinta dias.
Cooperativa Médica	Semelhantes aos planos de medicina de grupo. Os profissionais organizam-se em cooperativas e recebem pagamento pelo sistema de captação. A Unimed representa quase a totalidade do segmento.
Plano de Autogestão	Restrito a empresas, que criam e administram sua própria estrutura de atendimento médico. Beneficiários são os empregados e respectivos dependentes

Fonte: Saúde da Família. Informativo da Associação Paulista de Medicina - APM.

Quanto ao tipo de convênio ou plano de saúde, foram observadas as definições apresentadas na Tabela 3, que distinguem os convênios estabelecidos diretamente entre os beneficiários e os prestadores de serviços daqueles intermediados por empresas empregadoras ou sindicatos profissionais.

Consoante essas definições, foram considerados titulares os indivíduos de dez anos ou mais que: 1) por força de contrato ou outro instrumento de direito privado, tinham se comprometido a pagar mensalmente os prêmios referentes ao seguro-saúde ou as prestações cobradas como pré-pagamento por consultas, exames ou internações em estabelecimentos próprios ou credenciados por empresas médicas; 2) mantendo vínculo empregatício de assalariamento, tinham parte de seu salário descontada mensalmente para o pagamento dos prêmios referentes ao seguro-saúde ou das prestações cobradas como pré-pagamento por consultas, exames ou interna-

ções em estabelecimentos próprios ou credenciados pela empresa médica com a qual as respectivas empresas empregadoras mantinham contratos de prestação de serviços; e 3) sendo sindicalizados, contribuíam financeiramente para o pagamento de consultas, exames ou internações em estabelecimentos próprios, contratados ou conveniados com o sindicato de sua respectiva categoria profissional.

Tabela 3

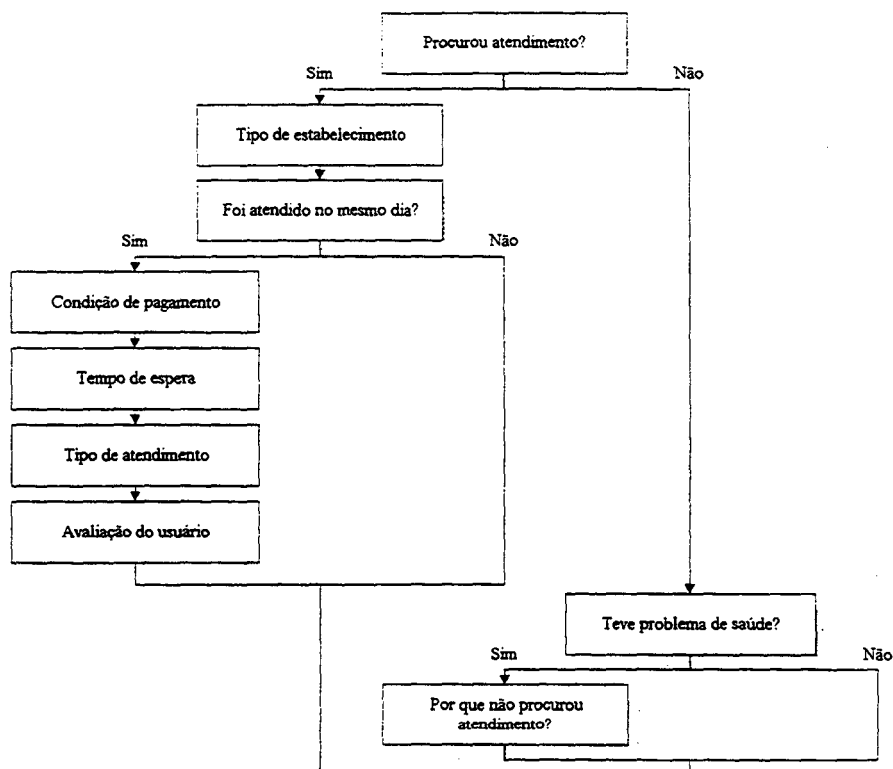
Definições de tipo de convênio ou plano de saúde adotadas pela PCV

Tipo de Convênio	Definição
Particular	Convênio ou plano de saúde estabelecido diretamente entre os beneficiários e as empresas médicas, sem a intermediação de terceiros. Neste caso, o pagamento dos prêmios ou das mensalidades assegura ao titular e aos seus dependentes a realização de consultas, exames e/ou internações, observados os prazos de carência e as demais condições previstas no contrato firmado entre o titular e os prestadores de serviços.
De Empresa Empregadora	Convênio ou plano de saúde estabelecido indiretamente entre os beneficiários e as empresas médicas, com a intermediação das empresas com as quais os titulares mantêm vínculo empregatício de assalariamento. Neste caso, o desconto mensal de parte do salário devido ao empregado assegura a este e aos seus dependentes a realização de consultas, exames e/ou internações, observados os prazos de carência e as demais condições previstas no contrato firmado entre o empregador e os prestadores de serviços.
De Sindicato Profissional	Convênio ou plano de saúde estabelecido indiretamente entre os beneficiários e as empresas médicas, com a intermediação dos sindicatos das categorias profissionais às quais os titulares estão vinculados. Neste caso, a contribuição sindical, eventualmente acrescida de contribuições assistenciais ou outras taxas específicas, assegura ao profissional e aos seus dependentes a realização de consultas, exames e/ou internações, observados os prazos de carência e as demais condições previstas no contrato firmado entre o titular e os prestadores de serviços.

Fonte: Fundação Seade. Manual do Entrevistador da PCV.

Os dados sobre utilização de recursos para assistência médica, por sua vez, foram obtidos conforme o desenho esquemático mostrado na Tabela 4.

Tabela 4

Questões da PCV sobre utilização de recursos para assistência médica

Note-se que a questão classificatória indagava se o entrevistado procurou atendimento em hospital, pronto-socorro, clínica, consultório, laboratório ou posto de saúde nos trinta dias que antecederam a entrevista. Havendo resposta afirmativa, questões subseqüentes buscavam saber se foi atendido no mesmo dia da procura e, neste caso, se efetuou pagamento, utilizou convênio ou plano de saúde ou recebeu atendimento gratuito. Complementando essas informações, questões adicionais verificavam se o atendimento foi marcado com antecedência e registravam, além do tempo de espera e da forma como foi agendado, também a opinião do usuário sobre sua qualidade e capacidade resolutiva.

Para efeito da pesquisa, a procura de atendimento pressupunha o deslocamento até um estabelecimento de saúde, prédios ou edificações dotadas de equipamentos e de pessoal especializado na prestação de serviços de assistência médica. Para diferenciar o tipo de estabelecimento procurado, foram levadas em conta as definições apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5

Definições de tipo de estabelecimento de saúde adotadas pela PCV

Tipo de Estabelecimento	Definição
Pronto-Socorro ou Hospital	Estabelecimento público ou privado que, funcionando 24 horas por dia, se destina a prestar atendimento a pessoas cujos problemas de saúde impliquem risco de morte ou necessitem de cuidados de emergência, inclusive internação para observação, diagnóstico, tratamento ou recuperação.
Clínica ou Consultório	Estabelecimento privado que, funcionando no horário comercial, se destina a prestar atendimento a pessoas cujos problemas de saúde não impliquem risco de morte nem necessitem de cuidados de emergência, exigindo, na maior parte das vezes, a marcação antecipada de consultas ou exames para o diagnóstico e tratamento de doenças.
Posto ou Centro de Saúde	Estabelecimento público que, funcionando no horário comercial, se destina a prestar atendimento a pessoas cujos problemas de saúde não impliquem risco de morte nem necessitem de cuidados de emergência, exigindo, na maior parte das vezes, a marcação antecipada de consultas ou exames para o diagnóstico e tratamento de doenças.

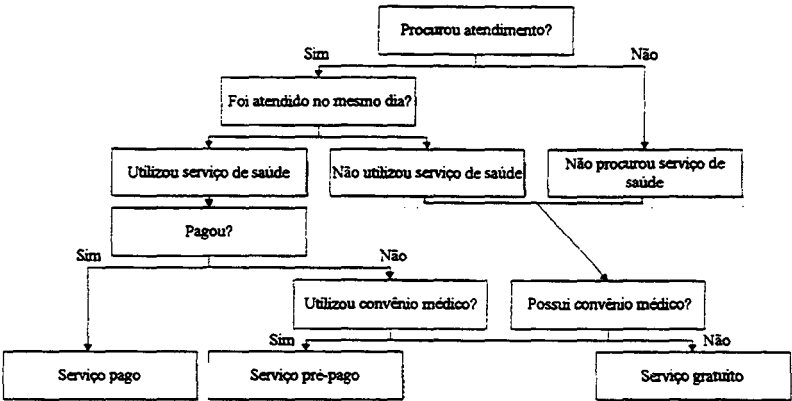
Fonte: Fundação Seade. Manual do Entrevistador da PCV.

Farmácias e drogarias foram excluídas por se tratarem de estabelecimentos que têm por finalidade precípua a venda de medicamentos. Não obstante isso, a PCV investigou a ocorrência de práticas de auto-medicação entre os indivíduos que tiveram problemas de saúde mas não procuraram atendimento nos últimos trinta dias. Nestes casos, o questionário registrava por que motivo deixaram de procurar atendimento, distinguindo situações relacionadas: 1) à possibilidade de que tivessem optado por tratamentos alternativos, à margem do sistema de saúde institucionalizado, o que os levaria a tomar remédios caseiros, reutilizar medicamentos prescritos em

tratamentos anteriores ou que costumam tomar com freqüência ou comprar medicamentos sem receita médica, por orientação de farmacêuticos, parentes ou vizinhos; 2) à percepção quanto a dificuldades que pudessem ter impedido seu deslocamento até um estabelecimento de saúde, o que os levaria a deixar de procurar atendimento por falta de tempo, de dinheiro ou de transporte; e 3) à opinião quanto ao problema de saúde apresentado nos últimos trinta dias que, se corriqueiro ou de baixa gravidade, poderia ser resolvido naturalmente, sem a necessidade de assistência médica.

O desenho esquemático reproduzido na Tabela 6 resume as diferentes etapas de classificação e reclassificação que possibilitam a definição da tipologia de acesso a serviços de saúde da PCV.

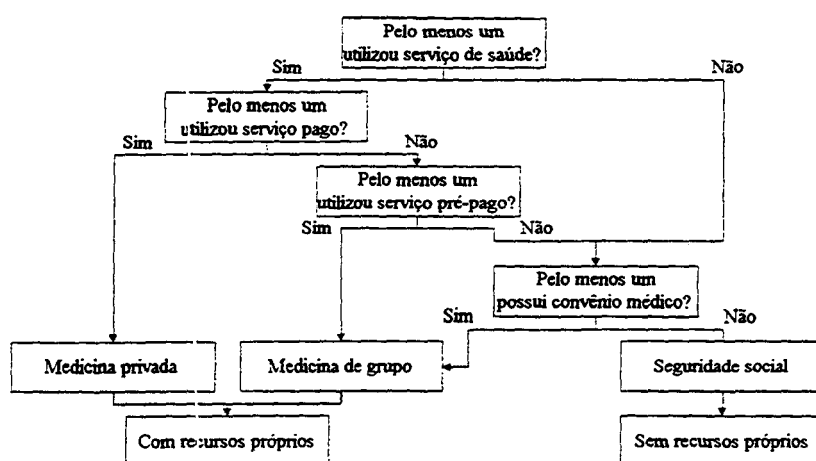
Tabela 6

Classificação dos indivíduos por tipo de acesso a serviços de saúde

Note-se que os entrevistados são classificados inicialmente quanto à condição e ao resultado da procura de atendimento, de modo que somente são considerados usuários de serviços de saúde aqueles atendidos no mesmo dia da procura. Para diferenciá-los, leva-se em

conta a informação referente à condição de pagamento, que permite identificar quantos pagam para ser atendidos, utilizam convênio ou plano de saúde ou recebem atendimento gratuito. Devido à sua condição de não-usuários de serviços, os demais entrevistados são classificados com base em sua disponibilidade recursos próprios para assistência médica, indicada pela posse de convênio ou plano de saúde.

Procedimentos semelhantes, resumidos na Tabela 7, possibilitam contrapor famílias com e sem recursos assistenciais próprios. Note-se que estas últimas têm na seguridade social sua principal, se não única, possibilidade de atendimento. Por esse critério, encontram-se em piores condições que as famílias com recursos assistenciais próprios, as quais dispõem de outras opções de escolha e, portanto, maiores possibilidades de atendimento em casos de doença, acidente, ferimento ou outro problema de saúde.

Tabela 7

Classificação das famílias por tipo de de acesso a serviços de saúde

Modelo de análise

O ponto de partida para a análise dos dados da Pesquisa de Condições de Vida - PCV sobre disponibilidade e utilização de recursos para assistência médica é o artigo da Constituição federal que prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.(Brasil, 1988) Trata-se de um parâmetro legal, de caráter normativo, que circunscreve a problemática do acesso àqueles serviços à premissa de que estão organizados sob a forma de um sistema capaz de prestar assistência gratuita a todos os cidadãos, independentemente do sexo, idade, cor ou posição social.

Nove variáveis traduzem operacionalmente aquela premissa, delimitando, por aproximações sucessivas, o campo de abrangência e validação empírica dos indicadores de acesso a serviços de saúde da PCV:

1) a *condição de procura de atendimento*, expressa pelo deslocamento até um estabelecimento de saúde nos últimos trinta dias, que permite estimar a demanda populacional por serviços de saúde;

2) o *resultado da procura de atendimento*, que define a *condição de utilização de serviços* no período de referência da investigação, possibilitando avaliar a capacidade do sistema em responder à demanda percebida pela população;

3) o *tipo de serviço utilizado*, definido a partir da *condição de pagamento*, que permite identificar a parcela da população usuária que exerceu o direito da opção, recorrendo

a outros estabelecimentos que não aqueles próprios, conveniados ou contratados pela seguridade social;

4) a *condição de posse de convênio médico*, indicativa da disponibilidade de recursos próprios para assistência médica, que torna possível a identificação da parcela que pode vir a exercer livremente aquele direito, recorrendo a estabelecimentos próprios ou credenciados por empresas de medicina de grupo;

5) a *demora no atendimento*, definida pelo *tempo de espera*, que permite identificar a parcela da população usuária que foi rapidamente encaminhada para tratamento médico-hospitalar no período de referência da investigação;

6) o *tipo de atendimento*, definido pela *forma como foi agendado*, que permite identificar a parcela da população usuária que marcou atendimento com antecedência; e

7) a *avaliação do usuário*, que possibilita identificar a parcela da população usuária que se considerou satisfeita com a qualidade e a capacidade resolutiva do atendimento.

As definições operacionais e as categorias de análise correspondentes a cada variável são apresentadas na Tabela 8. Note-se que a condição e o resultado da procura de atendimento cobrem aspectos relacionados à necessidade de atendimento, que é principal dimensão do acesso a serviços de saúde investigada pela PCV.

Tabela 8

Definições Operacionais e Categorias de Análise das Variáveis de Acesso a Serviços de Saúde da PCV

Variável	Definições Operacionais	Categorias de Análise
Condição de procura de atendimento	Pressupõe o deslocamento até um estabelecimento de saúde nos últimos trinta dias. Permite estimar a demanda por serviços de saúde.	1- Procurou atendimento 2- Não procurou atendimento
Resultado da procura de atendimento	Define a condição de utilização de serviços de saúde no período de referência da investigação. Permite avaliar a capacidade do sistema em atender à demanda percebida.	1- Foi atendido no mesmo dia 2- Não foi atendido no mesmo dia
Tipo de serviço de saúde utilizado	Definido a partir da condição de pagamento. Permite identificar a parcela da população usuária que recorreu a outros estabelecimentos que não aqueles da seguridade social	1- Serviço pago 2- Serviço pré-pago 3- Serviço gratuito
Condição de posse de convênio	Indica disponibilidade de recursos próprios para assistência médica. Permite estimar a parcela da população que pode vir a recorrer a outros estabelecimentos de saúde que não aqueles da seguridade social.	1- Possui convênio 2- Não possui convênio
Demora no atendimento	Definido a partir do tempo de espera. Permite identificar a parcela da população usuária que foi rapidamente encaminhada para tratamento.	1- Até 15 minutos de espera 2- De 16 a 30 minutos de espera 3- De 31 a 60 minutos de espera 4- Mais de 60 minutos de espera
Tipo de atendimento	Definido a partir da forma como foi agendado. Permite identificar a parcela da população usuária que foi atendida com hora marcada.	1- Agendado previamente 2- Não agendado previamente
	Definido a partir da forma como foi agendado. Permite identificar a parcela da população usuária que marcou atendimento à distância.	1- No local do atendimento 2- Por telefone
Avaliação do usuário	Expressa por uma nota entre 0 e 10. Permite identificar a parcela da população usuária que se declarou satisfeita com a qualidade do atendimento.	1- Qualidade baixa 2- Qualidade média 3- Qualidade alta
	Expressa pela opinião do usuário. Permite identificar a parcela da população usuária que se declarou satisfeita com a capacidade resolutiva do atendimento.	1- Resolução baixa 2- Resolução média 3- Resolução alta

Tabela 9

Dimensões, Aspectos e Indicadores de Acesso a Serviços de Saúde da PCV

Dimensão	Aspecto	Indicador
Necessidade de atendimento	Perceber e tomar providências para satisfazer uma necessidade de atendimento	Procurar atendimento
	Ser bem sucedido na tentativa de satisfazer uma necessidade de atendimento	Ser atendido no mesmo dia da procura
Facilidade de atendimento	Exercer o direito da opção ao tomar providências e ser bem sucedido na tentativa de satisfazer uma necessidade de atendimento	Possuir convênio médico ou utilizar serviços da medicina privada
	Não se demorar ou se deter demasiadamente ao tomar providências e ser bem sucedido na tentativa de satisfazer uma necessidade de atendimento	Ser atendido rapidamente ou poder marcar o atendimento com antecedência
Satisfação do usuário	Contentar-se ou mostrar-se satisfeito após tomar providências e ser bem sucedido na tentativa de satisfazer uma necessidade de atendimento	Avaliar positivamente a qualidade ou a capacidade resolutiva do atendimento.

Conforme pode ser visto na Tabela 9, a percepção daquela necessidade antecede e motiva o deslocamento até um estabelecimento de saúde, atributo que define a condição de procura de atendimento para o plano operacional. Se bem sucedida, tal procura resulta em utilização de serviços, condição indispensável para o exame tanto da facilidade de atendimento quanto da satisfação do usuário, as duas outras dimensões do problema contempladas pela PCV.

A análise simultânea dessas dimensões permite esboçar um modelo capaz de aferir se, tal como previsto pela Constituição federal, o sistema de saúde da Região Metropolitana de São Paulo garante acesso universal e igualitário, independentemente dos atributos pessoais e da condição social dos usuários. Por esse modelo, o acesso a serviços de saúde será tanto mais universalizado quanto maior for a proporção de indivíduos bem sucedidos ao tomar providências para satisfazer uma necessidade de atendimento, independentemente do sexo, idade, cor, nível de escolaridade ou classe de renda familiar per capita.

Para a verificação dessa hipótese, a influência desses atributos sobre a condição e o resultado da procura de atendimento será controlada através do Coeficiente de Cramer, medida de associação estatística que assume valores comparáveis quaisquer que sejam os números de linhas e colunas das tabelas resultantes do cruzamento de duas ou mais variáveis. Quanto menor o grau de associação entre as variáveis estudadas, maior será a probabilidade de aceitação da hipótese sobre a universalização dos serviços de saúde, considerando-se como valores críticos coeficientes inferiores a 20%.

Procedimento semelhante permitiria verificar a hipótese de que o acesso a serviços de saúde seria tanto mais igualizado quanto maior fosse a proporção de indivíduos com

autonomia para o livre exercício do direito da opção em casos de necessidade de atendimento, independentemente do sexo, idade, cor, nível de escolaridade ou classe de renda familiar per capita. Formulada nestes termos, porém, trata-se de uma hipótese discutível quanto à sua pertinência teórica, por não levar em conta que aquele direito é limitado pela condição social dos usuários, da qual depende sua maior ou menor disponibilidade de recursos para assistência médica.

O controle desta variável torna-se, portanto, obrigatório para a verificação da referida hipótese, a qual poderia ser reformulada nos seguintes termos: o acesso a serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo será tanto mais igualizado quanto maior for a proporção de indivíduos em condições de usufruir as mesmas facilidades de atendimento, qualquer que seja o tipo de serviço utilizado em casos de necessidade de atendimento.

Para a sua verificação, controlar-se-á inicialmente a influência dos atributos pessoais e da condição social dos indivíduos sobre o tipo de serviço utilizado no período de referência da investigação. Em seguida, examinar-se-á a influência desta variável sobre o tempo de espera e a marcação antecipada do atendimento, que traduzem para o plano operacional aspectos relacionados à facilidade de ser atendido. Quanto menor o grau de associação entre as variáveis estudadas, maior será a probabilidade de aceitação da hipótese sobre a igualização dos serviços de saúde.

Os requisitos para a verificação das hipóteses assumidas pelo modelo proposto são explicitados na Tabela 10, que resume os critérios para a sua aceitação ou rejeição..

Tabela 10

Requisitos Para a Aceitação das Hipóteses Sobre o Padrão de Acesso a Serviços de Saúde Revelado pela PCV

Hipótese	Requisitos para a sua verificação
Universalização do acesso	Casos de procura de atendimento resultarem, em sua quase totalidade, em utilização de serviços de saúde.
	Condição e resultado da procura de atendimento não dependerem dos atributos pessoais e da condição social dos indivíduos
Igualização do acesso	Usuários dos serviços públicos, da medicina de grupo e da medicina privada compartilharem das mesmas facilidades de atendimento
	Usuários dos serviços públicos, da medicina de grupo e da medicina privada expressarem opiniões similares sobre a qualidade e a capacidade resolutiva do atendimento

Principais resultados

O desenho esquemático reproduzido na Tabela 11 resume as principais informações da Pesquisa de Condições de Vida - PCV sobre disponibilidade e utilização de recursos para assistência médica. Coletadas entre os meses de maio e outubro de 1994, tais informações referem-se a uma amostra de 12.115 indivíduos, pertencentes a 3.843 famílias domiciliadas na Região Metropolitana de São Paulo. Ao analisá-las, chama-se a atenção para o fato de apenas 4,8% dos casos de procura de atendimento não terem resultado em utilização de serviços no período de referência da investigação, que preenche uma das exigências do modelo proposto para aferir se, tal como previsto pela Constituição federal, o sistema de saúde da maior e mais rica metrópole brasileira garante acesso universal e igualitário, independentemente dos atributos pessoais e da condição social dos usuários.

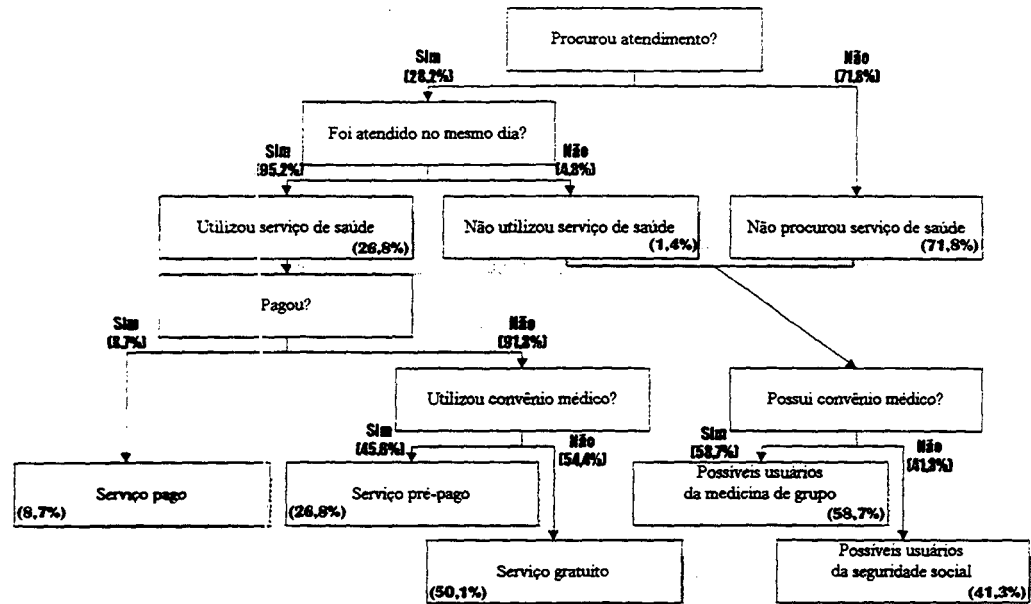
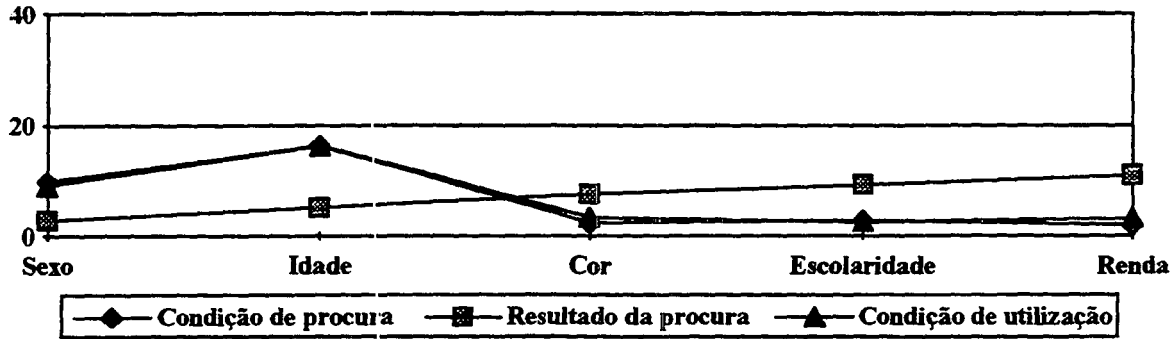
Tabela 11
Principais resultados da PCV sobre disponibilidade e utilização de recursos para assistência médica

A hipótese referente à universalização do acesso àqueles serviços é confirmada pelo Gráfico 1, que mostra os valores do Coeficiente de Cramer obtidos a partir da análise da distribuição de freqüência relativa da condição e do resultado da procura de atendimento segundo sexo, idade, cor, nível de escolaridade e classe de renda familiar per capita.

Gráfico 1
Influência dos atributos pessoais sobre a condição de procura e utilização de serviços de saúde
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

À medida que não há associação significativa entre as variáveis, é possível concluir que tanto a condição como o resultado da procura são variáveis independentes dos atributos pessoais e da condição social dos entrevistados. Trata-se de um avanço considerável, impensável há duas ou três décadas, quando somente os contribuintes da previdência social e seus dependentes tinham acesso garantido a serviços de assistência médica direta ou indiretamente financiados pelo Estado.

Além de confirmar a hipótese sobre a universalização do acesso a serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, tal resultado reforça a suposição de que a procura de atendimento é um ato de vontade individual, motivado pela percepção de uma necessidade a ser satisfeita e pelo reconhecimento da existência de meios eficazes para a sua satisfação. Dessa perspectiva, como já apontado, excetuando-se os casos decorrentes de exigências legais ou de episódios mórbidos que ponham em risco a vida do paciente, os indivíduos somente se deslocam até um estabelecimento de saúde porque são portadores de queixas e reconhecem a eficácia da medicina como meio para a cura ou o controle de doenças.(Kohn e White, 1976)

Outra inferência importante, também derivada daquele resultado, diz respeito à capacidade do sistema de saúde em responder à demanda percebida pela população. Segundo a pesquisa, de cada quatro habitantes da metrópole, pelo menos um é atendido no mesmo dia em que procura hospital, pronto-socorro, clínica, consultório, laboratório ou posto de saúde. Considerando as projeções que estimam a população da região em cerca de 15 milhões de pessoas, o sistema atenderia mensalmente a quase 4 milhões, o que constituiria uma verdadeira façanha, sobretudo quando se consideram as deficiências que lhe são atribuídas.

Muitas dessas deficiências podem ser entendidas levando-se em conta que a utilização de serviços de saúde na região pesquisada ainda é bastante diferenciada do ponto de vista socioeconômico. O principal elemento de diferenciação, neste caso, é a posse de convênio ou plano de saúde, que faculta o acesso de parcela expressiva da população a serviços da medicina de grupo. Prova disso pode ser encontrada na Tabela 12, que mostra a distribuição de freqüência relativa da condição de utilização de serviços de saúde no período de referência da pesquisa segundo a condição de posse de convênio médico. Nota-se que a proporção dos que possuem convênio é maior entre os indivíduos que utilizaram serviços de saúde nos últimos trinta dias que entre os que não procuraram tais serviços ou aqueles que procuraram mas não foram atendidos no mesmo dia da procura.

Tabela 12
Distribuição dos indivíduos, segundo condição de posse de convênio médico, por condição de procura e utilização de serviços de saúde
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Condição de posse de convenio médico	Condição de procura e utilização de serviços de saúde			
	Não procurou	Procurou mas não foi atendido	Procurou e foi atendido	Total
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	41,8	(15.8)	55,3	45,1
Não possui convênio	58,2	84,2	44,7	54,9

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

A mesma tendência é observada ao se analisar a Tabela 13, na qual o tipo de serviço de saúde utilizado durante a investigação é controlado pela condição de posse de convênio ou plano de saúde. A proporção de beneficiários de convênio, que corresponde à totalidade dos indivíduos que utilizaram serviços de pré-pagamento nos últimos trinta dias, diminui para 49,3% entre os usuários de serviços pagos, atingindo apenas 19,8% entre os usuários de serviços gratuitos.

Tabela 13
Distribuição dos indivíduos que utilizaram serviços de saúde, segundo condição de posse de convênio médico, por tipo de serviço utilizado
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Condição de posse de convênio	Tipo de serviço utilizado			
	Pago	Pré-pago	Gratuito	Total
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	49,3	100,0	19,8	55,3
Não possui convênio	50,7	-	80,2	44,7

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Aponta no mesmo sentido a desagregação daquelas informações segundo classes de renda familiar per capita, mostrada nas Tabelas 14 e 15. Percebe-se que a proporção de indivíduos que possuem convênio aumenta à medida que se passa da classe de renda inferior à superior. Nesta última, que reúne os 25% mais ricos, concentram-se os percentuais mais elevados de procura e utilização de serviços das medicina de grupo ou privada.

Tabela 14
Distribuição dos indivíduos, segundo classe de renda familiar per capita e condição de posse de convênio médico, por condição de procura e utilização de serviços de saúde
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Classe de renda familiar per capita e condição de posse de convênio	Condição de procura e utilização de serviços de saúde			
	Não procurou	Procurou mas não foi atendido	Procurou e foi atendido	Total
Renda baixa (25% mais pobres)	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	21,7	(14,3)	30,5	23,8
Não possui convênio	78,3	(85,7)	69,5	76,2
Renda média	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	40,7	(14,9)	56,0	44,4
Não possui convênio	59,3	(85,1)	44,0	55,6
Renda alta (25% mais ricos)	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	70,3	(30,8)	81,0	73,3
Não possui convênio	29,7	(69,2)	19,0	26,7

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

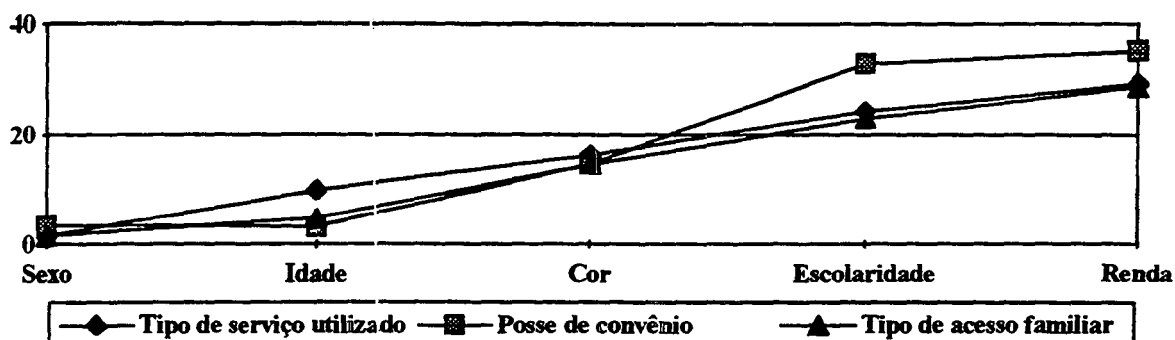
Tabela 15
Distribuição dos indivíduos que utilizaram serviços de saúde,
segundo classe de renda familiar per capita e condição de posse de convênio médico,
por tipo de serviço utilizado
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

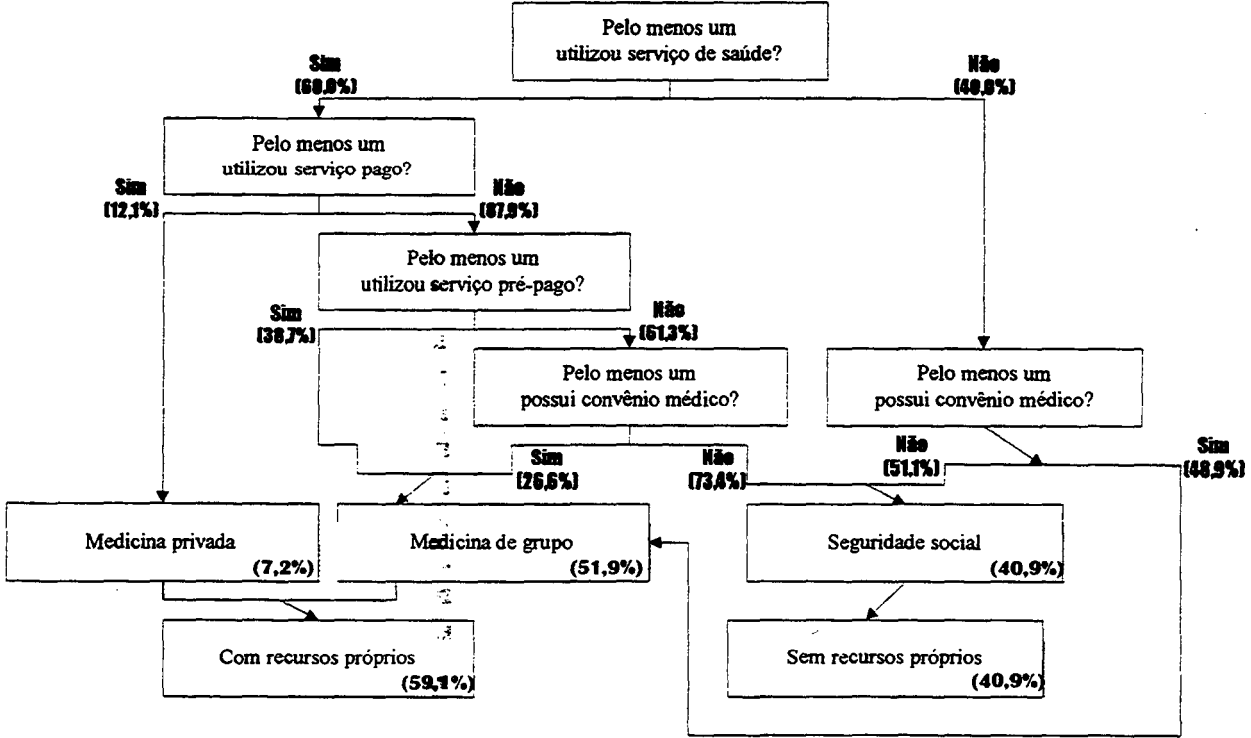
Classe de renda familiar per capita e condição de posse de convênio médico	Tipo de serviço utilizado			
	Pago	Pré-pago	Gratuito	Total
Renda baixa (25% mais pobres)	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	(21,4)	100,0	14,8	30,5
Não possui convênio	(78,6)	-	85,2	69,5
Renda média	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	(37,5)	100,0	19,3	56,0
Não possui convênio	(62,5)	-	80,7	44,0
Renda alta (25% mais ricos)	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	(65,4)	100,0	40,6	81,0
Não possui convênio	(34,6)	-	59,4	19,0

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

A importância da posse de convênio ou plano de saúde como fator de diferenciação do acesso a serviços de saúde é confirmada pelo Gráfico 2, que mostra os valores do Coeficiente de Cramer obtidos a partir da análise da distribuição de freqüência relativa das principais variáveis de utilização de serviços de saúde da PCV segundo sexo, idade, cor, nível de escolaridade e classe de renda familiar per capita.

Gráfico 2
Influência dos atributos pessoais sobre o tipo de serviço de saúde utilizado
e a disponibilidade de recursos próprios para assistência médica
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

À medida que há associação significativa com os níveis de escolaridade e as classes de renda familiar per capita consideradas, pode-se inferir que tanto a condição de posse de convênio médico quanto o tipo de serviço utulizado são variáveis dependentes da condição social dos entrevistados. O desenho esquemático reproduzido na Tabela 16 confirma tal inferência, revelando a existência de padrões de acesso populacional ainda bastante diferenciados conforme a posição social dos usuários. Além de reduzir o alcance do dispositivo constitucional que consagra o direito à saúde, essa evidência autoriza a classificar, como parcialmente excluídos do sistema, os usuários que têm na seguridade social sua principal, se não única, possibilidade de atendimento.

Tabela 16
Classificação das famílias por tipo de acesso a serviços de saúde

Note-se que o tipo de acesso familiar a serviços de saúde resume as informações individuais sobre disponibilidade e utilização de recursos para assistência médica, tomando a posse de convênio ou plano de saúde como *proxy* do tipo de serviço a ser procurado em casos de necessidade de atendimento. Pelo menos 40% das famílias pesquisadas foram classificadas exclusivamente por esse critério, que identifica possíveis usuários da medicina de grupo.

Como pode ser visto na Tabela 17, quase a totalidade das famílias com recursos assistenciais próprios inscreve pelo menos um de seus membros entre os beneficiários de convênios, pagando antecipadamente por consultas, exames e internações em estabelecimentos credenciados por empresas de medicina de grupo. Parcela menor, embora não desprezível, paga efetivamente por tais serviços em estabelecimentos ligados à medicina privada.

Tabela 17
Distribuição dos indivíduos,
segundo classe de renda familiar per capita e condição de posse de convênio médico,
por tipo de acesso familiar a serviços de saúde
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Classe de renda familiar per capita e condição de posse de convênio	Tipo de acesso familiar a serviços de saúde			
	Seguridade social	Medicina de grupo	Medicina privada	Total
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	-	78,8	49,6	45,4
Não possui convênio	100,0	21,2	50,4	54,6
Renda baixa (25% mais pobres)	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	-	76,3	(28,2)	23,8
Não possui convênio	100,0	23,7	(71,8)	76,2
Renda média	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	-	74,5	37,5	44,6
Não possui convênio	100,0	25,5	62,5	55,4
Renda alta (25% mais ricos)	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Possui convênio	-	87,6	69,0	74,8
Não possui convênio	100,0	12,4	31,0	25,2

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Ainda que a disponibilidade de recursos próprios para assistência médica revele possibilidades de utilização de serviços de saúde que se diferenciam conforme a posição dos indivíduos e famílias na escala social, o modelo de análise proposto pelo estudo abstrai intencionalmente aquelas diferenças. Admitindo tratarem-se de diferenças constitutivas da própria sociedade brasileira, condiciona a hipótese da igualização do acesso a serviços de saúde à influência que o tipo de serviço utilizado no período de referência da PCV possa exercer sobre as variáveis que traduzem para o plano operacional aspectos relacionados à facilidade de atendimento.

A hipótese em questão afirmava que o acesso a serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo seria tanto mais igualizado quanto maior a proporção de indivíduos em condições de usufruir as mesmas facilidades de atendimento, qualquer que fosse o tipo de serviço utilizado durante a investigação. Os dados da Tabela 18 apontam em direção contrária, revelando que o tipo de serviço exerce influência decisiva no tempo de espera e na forma como são agendados os atendimentos. Chega-se à mesma conclusão através da análise do Gráfico 3, que mostra haver associação significativa entre as variáveis consideradas para a verificação daquela hipótese.

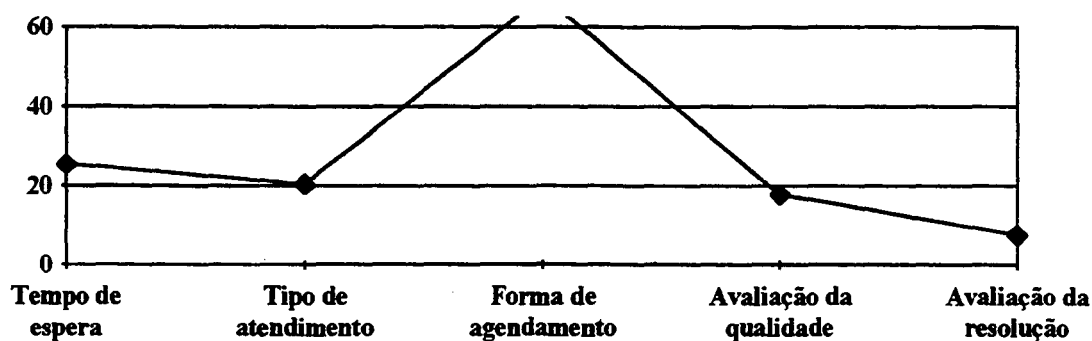
Gráfico 3
Influência do tipo de serviço de saúde utilizado sobre a facilidade de atendimento e a satisfação do usuário
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Tabela 15
Distribuição dos indivíduos que utilizaram serviços de saúde,
segundo facilidade de atendimento e satisfação dos usuários, por tipo de serviço utilizado
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Facilidade de atendimento e satisfação dos usuários	Tipo de serviço utilizado			
	Pago	Pré-pago	Gratuito	Total
Tempo de espera	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Até 15 minutos	62,0	48,6	26,6	39,2
De 16 a 30 minutos	(23,3)	29,3	21,5	25,0
De 31 a 60 minutos	(9,7)	12,8	18,6	15,3
Mais de 60 minutos	(5,0)	9,3	33,1	2,5
Tempo mediano (em minutos)	**15**	**20**	**60**	**30**
Tipo de atendimento	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Agendado previamente	72,5	58,5	42,0	51,6
Não agendado previamente	27,5	41,5	58,0	48,3
Forma de agendamento	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
No local do atendimento	(30,6)	24,0	94,7	52,7
Por telefone	69,4	76,0	(5,3)	47,3
Avaliação da qualidade	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa (até 7 pontos)	(17,0)	18,6	39,7	29,0
Média (de 8 a 9 pontos)	(22,7)	35,2	25,0	29,0
Alta (10 pontos)	60,3	46,2	35,3	42,0
Pontuação mediana	**10**	**9**	**8**	**9**
Avaliação da resolução	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa (não resolveu)	(9,1)	10,4	17,5	13,8
Média (resolveu parcialmente)	37,0	37,7	36,0	36,8
Alta (resolveu totalmente)	53,9	51,9	47,5	49,3

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

O tempo de espera pelo atendimento, por exemplo, é três vezes maior na seguridade social que na medicina de grupo. Além disso, enquanto 26,6% dos atendimentos da seguridade social são realizados com até 15 minutos de espera, esta proporção aumenta para 48,6% na medicina de grupo. Outro dado importante diz respeito ao fato de que 58,5% dos atendimentos da medicina de grupo são agendados previamente, a maioria por telefone, facilidade raramente encontrada na seguridade social.

Mais do que a condição de utilização, portanto, o tipo de serviço utilizado é a variável que permite qualificar a demanda por serviços de saúde na Região Metropolitna de São Paulo. Além da disponibilidade de recursos assistenciais próprios, indicada pela posse de convênio ou plano de saúde, a decisão envolve percepções há muito arraigadas entre os usuários, para quem facilidade e dificuldade de acesso são noções referidas sobretudo à localização dos estabelecimentos, à demora no atendimento e à insegurança de ser ou não atendido.(Cohn et alii)

Apesar de gratuitos, os serviços da seguridade social satisfazem apenas à primeira dessas exigências, relativa à localização dos estabelecimentos. Restrições orçamentárias, ausência de funcionários, falta de material, equipamentos defeituosos e outros problemas similares afetam a credibilidade de tais serviços perante os usuários, contribuindo para a valorização da medicina de grupo, mesmo entre os segmentos de menor poder aquisitivo. O acesso a tais serviços, até aqui facilitado com a proliferação dos convênios de empresa empregadora, segue percebido como um direito adquirido por contribuição salarial, aparecendo freqüentemente como objeto de reivindicação sindical entre as mais diferentes categorias profissionais.

Do anterior, deduz-se que, enquanto tiverem parte do seu salário descontada a título de pré-pagamento por consultas, exames e internações, parcela significativa dos assalariados e de seus dependentes continuarão a utilizar serviços de medicina de grupo, em detrimento daqueles da seguridade social. É evidente, porém, a fragilidade desse tipo de cobertura, que depende da manutenção de vínculo empregatício formal em um mercado que tem se notabilizado pela crescente flexibilidade de suas relações de trabalho.

Perdendo o emprego, muitos perderão também a cobertura médico-assistencial de que dispõem. Caso necessitem de atendimento e não possam contratar profissionais liberais ou procurar estabelecimentos privados, serão obrigados a recorrer aos estabelecimentos próprios, conveniados ou contratados pela seguridade social, já sobrecarregados pela demanda dos indivíduos sem recursos assistenciais próprios.

Cabe destacar um último aspecto investigado pela PCV, referente à avaliação dos usuários de serviços de saúde sobre a qualidade e a capacidade resolutiva do atendimento que receberam. Ainda que a influência destas variáveis tenha sido pouco significativa do ponto de vista estatístico, é surpreendente o fato de que as notas atribuídas pelos usuários tenham se concentrado entre 7 e 10, embora com valores medianos que revelam uma avaliação mais favorável dos serviços da medicina de grupo, em comparação com aqueles prestados pela seguridade social. Apontam na mesma direção as opiniões dos usuários sobre a capacidade de resolução do atendimento, que reiteram a percepção de que a saúde praticamente se transformou em sinônimo de assistência médica e, como tal, no resultado de procedimentos em que a realização de exames e a prescrição de medicamentos cada vez mais aparecem como elementos fundamentais, quando não obrigatórios.

Considerações finais

A universalização da assistência médica direta ou indiretamente financiada pelo Estado, principal característica da *medicalização* em processo na sociedade brasileira, contribui para que o direito à saúde seja entendido como direito à assistência médica. A atuação do poder público neste campo tende cada vez mais a se deslocar do controle epidemiológico para o

atendimento médico-hospitalar, o que faz com que um conjunto sempre ampliado de equipamentos e medicamentos seja incorporado e reconhecido como pré-requisito para a obtenção e a conservação da saúde. A concepção que acaba prevalecendo é aquela que reduz o direito à saúde ao acesso a serviços que, por suas próprias características tecnológicas, embora aliviem a dor e o sofrimento dos doentes, não necessariamente reduzem os riscos de que voltem a adoecer freqüentemente ou venham a morrer precocemente.

Bibliografia citada

BANCO MUNDIAL. *Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial, 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 78.307*, de 24 de agosto de 1976, que aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências.

BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde*. Brasília, SEPLAN, 1980.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Portaria n° 3.062*, de 23 de agosto de 1982, que aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, criado pelo Decreto n° 86.329, de 2 de setembro de 1981.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. *Resolução CIPLAN n° 6/84*, de 3 de maio de 1984, que aprova a estratégia de reorientação do modelo assistencial de prestação de serviços de saúde consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde entre os Governos federal, estaduais e municipais.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 94.657*, de 20 de julho de 1987, que dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados e dá outras providências.

BRASIL. Assembléia Nacional Constituinte. Artigo 6° do Capítulo II - Dos Direitos Sociais, Título II - Dos Direitos e Garantias e Fundamentais, da *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei n° 8.080,* de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências.

BAUDRILLARD, J. *À Sombra das Maiorias Silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas.* São Paulo, Brasiliense, 1994.

COHN, A. et alii. *Saúde Como Direito e Como Serviço.* São Paulo, Cortez, 1991.

COSTA, O.V. e OLIVA-AUGUSTO, M.H. *Uma Escolha Trágica: saúde ou assistência médica? São Paulo em Perspectiva,* 9(3): 94-100, julho/setembro 1995.

DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade.* São Paulo, Duas Cidades, 1976.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro, Graal, 1985.

GONÇALVES, R.B.M. A Saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. *São Paulo em Perspectiva,* 5(1): 99-106, janeiro/março 1991.

KOHN, R. e WHITE, K.L. *Health care: an international study.* London, Oxford University Press, 1976.

MISHEL, L. e BERNSTEIN, J. - *The State of Working America: 1992-93.* Armonk, M.E. Sharpe, 1993. (Economic Policy Institute Series)

OLIVA-AUGUSTO, M.H. *Política Social e Tecnologia em Saúde: ação estatal e incorporação de equipamentos médico-hospitalares às práticas de saúde.* São Paulo, 1986. (Tese: doutorado, FFLCH-USP).

OLIVEIRA, J.A. e TEIXEIRA, S.F. - *(Im)Previdência Social: 60 anos da história da previdência social no Brasil.* Rio de Janeiro, Vozes, 1976.

OLIVEIRA, F. O Surgimento do Anti-Valor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos Cebrap,* 22: 8-28, outtubro 1988.

OLIVEIRA, F. A Economia Política da Social-Democracia. *Revista USP*, 17: 136-143, março-maio 1993.

FUNDAÇÃO SEADE - *Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo: saúde*. São Paulo, Fundação Seade, 1992.

SOUZA, L.R. *Representações de saúde e doença nos setores populares urbanos*. Salvador, SBPC, 1981.

Apêndice Estatístico

Tabela A-1
Distribuição dos indivíduos,
segundo atributos pessoais, por condição de procura de atendimento
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Atributos pessoais	Condição de procura		
	Procurou	Não procurou	Total
Sexo	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Masculino	40,7	51,6	48,5
Feminino	59,3	48,4	51,5
Faixa etária	**100,0**	**100,0**	**100,0**
De 0 a 6 anos	20,9	9,9	13,0
De 7 a 17 anos	17,4	24,1	22,2
De 18 a 49 anos	44,2	51,6	49,5
50 anos ou mais	17,5	14,3	15,2
Raça	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Branca	74,3	71,9	72,5
Negra	25,7	28,1	27,5
Nível de escolaridade	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Primário incompleto	22,5	20,0	20,6
Primeiro grau incompleto	35,2	36,2	36,0
Primeiro grau completo	18,2	19,3	19,0
Segundo grau ou maior	24,1	24,5	24,4
Classe de renda familiar per capita	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa	27,7	28,2	28,1
Média	48,6	49,9	49,5
Alta	23,7	21,8	22,4
Renda familiar per capita média (em reais)	**226**	**217**	**220**

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Tabela A-2
Distribuição dos indivíduos que procuraram atendimento, segundo atributos pessoais, por resultado da procura
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Atributos pessoais	Resultado da procura		
	Foi atendido	Não foi atendido	Total
Sexo	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Masculino	41,0	(34,6)	40,7
Feminino	59,0	65,4	59,3
Faixa etária	**100,0**	**100,0**	**100,0**
De 0 a 6 anos	21,3	(13,6)	20,9
De 7 a 17 anos	17,5	(14,2)	17,4
De 18 a 49 anos	43,7	(53,7)	44,2
50 anos ou mais	17,5	(18,5)	17,5
Raça	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Branca	75,0	(59,3)	74,3
Negra	25,0	(40,7)	25,7
Nível de escolaridade	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Primário incompleto	22.1	(30,3)	22,5
Primeiro grau incompleto	34,8	(41,0)	35,2
Primeiro grau completo	18,0	(20,5)	18,2
Segundo grau ou maior	25,1	(8,2)	24,1
Classe de renda familiar per capita	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa	26,7	(46,9)	27,7
Média	48,8	(45,1)	48,6
Alta	24,5	(7,9)	23,7
Renda familiar per capita média (em reais)	**232**	**118**	**226**

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Tabela A-3
Distribuição dos indivíduos,
segundo atributos pessoais, por condição de utilização de serviços de saúde
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Atributos pessoais	Condição de utilização de serviços		
	Utilizou	Não Utilizou	Total
Sexo	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Masculino	41,0	51,3	48,5
Feminino	59,0	48,7	51,5
Faixa etária	**100,0**	**100,0**	**100,0**
De 0 a 6 anos	21,3	9,9	13,0
De 7 a 17 anos	17,5	24,0	22,2
De 18 a 49 anos	43,7	51,7	49,5
50 anos ou mais	17,5	14,4	15,2
Raça	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Branca	75,0	71,6	72,5
Negra	25,0	28,4	27,5
Nível de escolaridade	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Primário incompleto	22,1	20,2	20,6
Primeiro grau incompleto	34,8	36,3	35,9
Primeiro grau completo	18,0	19,3	19,0
Segundo grau ou maior	25,1	24,2	24,4
Classe de renda familiar per capita	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa	26,7	28,6	28,1
Média	48,8	49,8	49,6
Alta	24,5	21,6	22,4
Renda familiar per capita média (em reais)	**232**	**215**	**220**

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Tabela A-4
Distribuição dos indivíduos que utilizaram serviços de saúde, segundo atributos pessoais, por tipo de serviço utilizado
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Atributos pessoais	Tipo de Serviço Utilizado			
	Pago	Pré-pago	Gratuito	Total
Sexo	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Masculino	39,6	40,5	41,6	41,0
Feminino	60,4	59,5	58,4	59,0
Faixa etária	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
De 0 a 6 anos	(13,6)	17,3	25,9	21,3
De 7 a 17 anos	(19,3)	16,7	17,9	17,5
De 18 a 49 anos	45,0	50,1	38,2	43,7
50 anos ou mais	(22,1)	15,8	18,0	17,5
Raça	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Branca	88,6	80,3	68,3	75,0
Negra	(11,4)	19,7	31,7	25,0
Nível de escolaridade	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Primário incompleto	(13,1)	13,2	32,4	22,1
Primeiro grau incompleto	(24,6)	30,6	40,9	34,8
Primeiro grau completo	(23,1)	20,2	14,9	18,0
Segundo grau ou maior	(39,2)	36,0	11,8	25,1
Classe de renda per capita	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa	(9,9)	11,8	41,9	26,7
Média	42,2	51,9	47,4	48,8
Alta	47,9	36,3	10,7	24,5
Renda per capita média (em reais)	**412**	**298**	**146**	**232**

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Tabela A-5
Distribuição dos indivíduos,
segundo atributos pessoais, por condição de posse de convênio médico
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Atributos pessoais	Condição de posse de convênio médico		
	Possui	Não possui	Total
Sexo	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Masculino	46,6	50,1	48,5
Feminino	53.4	49,9	51,5
Faixa etária	**100,0**	**100,0**	**100,0**
De 0 a 6 anos	13,3	12,7	13,0
De 7 a 17 anos	21,0	23,3	22,2
De 18 a 49 anos	50,8	48,5	49,5
50 anos ou mais	14,9	15,5	15,2
Raça	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Branca	79,8	66,5	72,5
Negra	20,2	33,5	27,5
Nível de escolaridade	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Primário incompleto	11,4	28,4	20,6
Primeiro grau incompleto	29,9	41,0	35,9
Primeiro grau completo	30,6	17,0	19,0
Segundo grau ou maior	38,1	13,0	24,4
Classe de renda familiar per capita	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa	14,8	39,0	28,1
Média	48,8	50,1	49,5
Alta	36,6	10,9	22,4
Renda familiar per capita média (em reais)	**309**	**146**	**220**

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Tabela A-6

Distribuição dos indivíduos que possuem convênio médico, segundo atributos pessoais, por tipo de convênio
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Atributos pessoais	Tipo de convênio médico			
	Particular	De empresa	De sindicato	Total
Sexo	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Masculino	42,4	48,1	(52,7)	46,6
Feminino	57,6	51,9	(47,3)	53,4
Faixa etária	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
De 0 a 6 anos	9,4	15,1	(10,2)	13,3
De 7 a 17 anos	17,5	22,2	(25,1)	21,0
De 18 a 49 anos	44,1	53,9	(43,7)	50,8
50 anos ou mais	29,1	8,8	(3,1)	14,9
Raça	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Branca	89,6	75,9	76,0	79,8
Negra	10,4	24,1	(24,0)	20,2
Nível de escolaridade	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Primário incompleto	10,2	11,5	(20,0)	11,4
Primeiro grau incompleto	25,2	31,2	(50,0)	29,3
Primeiro grau completo	19,1	21,8	(9,2)	20,6
Segundo grau ou maior	45,5	35,4	(20,8)	38,1
Classe de renda per capita	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa	10,0	16,5	(21,6)	14,8
Média	39,6	52,3	(54,5)	48,8
Alta	50,4	31,1	23,9	36,3
Renda per capita média (em reais)	**406**	**273**	**228**	**309**

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.

Tabela A-7
Distribuição dos indivíduos,
segundo atributos pessoais, por tipo de acesso familiar a serviços de saúde
Região Metropolitana de São Paulo - 1994

Em porcentagem

Atributos pessoais	Tipo de acesso familiar a serviços			
	Seguridade social	Medicina de grupo	Medicina privada	Total
Sexo	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Masculino	49,4	48,0	47,6	48,5
Feminino	50,6	52,0	52,4	51,5
Faixa etária	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
De 0 a 6 anos	14,7	11,7	12,8	13,0
De 7 a 17 anos	24,4	20,9	20,6	22,2
De 18 a 49 anos	47,1	51,3	49,9	49,5
50 anos ou mais	13,8	16,1	16,6	15,2
Raça	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Branca	64,7	76,8	83,8	72,5
Negra	35,3	23,2	16,2	27,5
Nível de escolaridade	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Primário incompleto	31,7	14,8	10,8	20,6
Primeiro grau incompleto	43,4	32,2	26,1	35,9
Primeiro grau completo	16,2	20,8	19,9	19,0
Segundo grau ou maior	9,3	32,2	43,1	24,4
Classe de renda per capita	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Baixa	47,4	16,0	13,2	28,2
Média	46,2	53,1	44,4	49,7
Alta	6,4	30,9	42,4	22,1
Renda per capita média (em reais)	**116**	**273**	**362**	**220**

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa de Condições de Vida - PCV.